



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**"Vil du dele et eple med meg?" - Om kosthold og
overvekt hos personer med Downs syndrom**

**"Would you like to share an apple with me?" - About
diet and obesity among people with Down syndrome**

Onsøyen, Lillian

Totalt antall sider inkludert forsiden: 44

Molde, 28.05.15



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høyskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Guro F. Werner

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ ja ☐ nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ ja ☒ nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ ja ☐ nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ ja ☒ nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 23.05.15

Forord

Jeg heter Hanne Mathiassen [...] I dag er jeg 32 år gammel. Jeg ble født med ett kromosom for mye. Altså er jeg Down syndrom. Jeg sier ofte å være i stedet for å ha Down syndrom. Dette ene ekstra kromosomet er en del av meg og er den jeg er. Jeg var 14 år gammel da mor og far fortalte meg at jeg hadde noe som mange andre ungdommer ikke hadde. De fortalte at jeg hadde ett kromosom mer. Først ble jeg lei meg, men nå er jeg stolt av den jeg er. Det er dette kromosomet som er forskjellen på meg og mange andre. Det ekstra kromosomet gjør at jeg lever mer enn andre. Jeg kaller det et kjærlighetskromosom (Mathiassen 2007:21).

Sammendrag

Dette er en bacheloroppgave skrevet av en vernepleierstudent ved Høyskolen i Molde våren 2015. Valgt problemstilling er: «Hvordan kan vernepleiere fremme god helse hos personer med Downs syndrom som er overvektige?»

Problemstillingen er besvart gjennom litteraturstudie. Fokuset i oppgaven er drøfting av ulike faglige tilnærminger som vernepleiere kan anvende for å fremme god helse hos personer med Downs syndrom gjennom et sunt kosthold basert på Helsedirektoratets anbefalinger. Selvbestemmelse, motivasjon, brukermedvirkning og etiske betraktninger spiller en stor rolle i oppgaven, og er en vesentlig del av drøftingen.

1.0	Innledning	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema	1
1.2	Min for forståelse	2
1.3	Valg av problemstilling	3
1.4	Avgrensning av problemstilling	3
2.0	Metodekapittel.....	4
2.1	Presentasjon av metode	4
2.2	Kilder og kildekritikk	4
2.3	Litteratursøk	5
2.4	Erfaring fra praksis	6
2.5	Begrepsavklaring.....	6
2.5.1	Downs syndrom	6
2.5.2	Psykisk utviklingshemning	8
2.5.3	Overvekt og fedme	9
2.5.4	Vernepleier	9
2.5.5	Sunt kosthold.....	10
2.5.6	God helse.....	10
3.0	Teori og drøfting	11
3.1	Menneskesyn	11
3.2	Livskvalitet.....	12
3.3	Kosthold og overvekt hos personer med Downs syndrom.....	13
3.4	Habiliteringstjenesten i Bergen og deres erfaringer	15
3.5	Dagens informasjonsteknologi	17
3.6	Inviterende og insisterende praksis	18
3.7	Indre og ytre motivasjon.....	21
3.8	Fremme selvbestemmelse.....	23
3.9	Pedagogiske hjelpemidler og brukervedvirkning.....	26
3.10	Kjeding	30
4.0	Oppsummering.....	32
5.0	Litteraturliste.....	35

1.0 Innledning

I denne oppgaven tar jeg for meg overvekt hos personer med Downs syndrom, og hvordan vernepleiere kan bidra til god helse hos målgruppen ved å fremme et sunt og balansert kosthold basert på Helsedirektoratets anbefalinger.

Jeg anser dette temaet som svært relevant for vernepleiere, da mange jobber opp mot personer med Downs syndrom. Gjennom besvarelsen har jeg fokus på å drøfte ulike faglige tilnærminger som vernepleiere kan anvende for å fremme god helse hos målgruppen, og etiske betraktninger er en vesentlig del av oppgaven.

Som vernepleier er det viktigste å være med på å sikre god livskvalitet og livsglede for de man gir tjenester til, og gjennom å fremme god helse kan man bidra til dette. Det jeg har funnet interessant er at til tross for at vernepleiere i hovedsak jobber med personer med psykisk utviklingshemning, deriblant personer med Downs syndrom, og at det er økt forekomst av overvekt og fedme hos personene, så har dette temaet ikke vært integrert i undervisningen på vernepleierstudiet på høyskolen i Molde.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Grunnen til at jeg har valgt dette temaet er at personer med Downs syndrom er en gruppe i samfunnet som har en spesiell sårbarhet for å utvikle overvekt, grunnet at mange har ulike funksjonsnedsettelse. Mæhle(2011) viser at 50-60 % av personer med Downs syndrom utvikler overvekt i løpet av livet. Personer med Downs syndrom har ofte en utfordring i å ta riktige kostholdsvalg, da den kognitive svikten som de har ofte medfører at de ikke forstår helt nytten av et sunt kosthold, og at de kan ha en utfordring i å forstå konsekvensene av sin livsstil. Vernepleiere jobber i hovedsak med personer med psykisk utviklingshemning, og med den økende overvekten som Norge og verden for øvrig nå står ovenfor, så ser jeg viktigheten av at vi må øke vår kompetanse om temaet for å møte denne utfordringen. Personer med Downs syndrom er allerede en stigmatisert gruppe i samfunnet, og det siste de trenger er å bli ytterligere stigmatisert som følge av overvekt. Øen(2012) skriver at de største utfordringene vi står ovenfor knyttet til overvekt er de

fordømmende holdningene i samfunnet. Noen av vernepleierens kjerneoppgaver er å være med på å fremme gode levekår, god helse, og å sikre god livskvalitet for brukerne.

1.2 Min for forståelse

Min for forståelse stammer fra flere år tilbake. Helt siden jeg var tenåring har jeg vært opptatt av kosthold og vekt, og jeg har hele tiden vært bevisst på sammenhengen mellom riktig kosthold, ernæring, vekt, trivsel og hvilken påvirkning dette har på vår livskvalitet. Gjennom media har jeg blitt preget av hvordan vi «bør» se ut, og tidlig bet jeg meg merke i hvordan valg av kosthold påvirket vårt utseende og vekt.

Dette har forandret seg med tiden. Det er fortsatt viktig for meg å ha et riktig kosthold for å ta vare på vekten, men med tiden og med økt kompetanse om temaet så har jeg fått mer opp øynene for viktigheten av kosthold, og hvor utslagsgivende det er på vår fysiske, psykiske og sosiale helse. Vi formes av maten, og jeg tenker på ordtakene «*du blir hva du spiser*» som svært treffende i mange aspekter i våre liv. Jeg har sett flere som er blitt deprimert som følge av økt overvekt, og mange har utviklet alvorlige fysiske sykdommer som for eksempel diabetes 2 og hjerte og kar sykdommer. Noen har også unnlatt å delta i sosiale sammenhenger grunnet at deres økte vekt hindrer dem i å føle seg tilfreds med seg selv.

Jeg tror mitt engasjement for temaet kommer fra at jeg mener å ha sett en negativ utvikling de siste 10-15 årene, der en økende grad av overvekt og fedme har preget den norske befolkningen i en mye større grad enn de fleste av oss kanskje er klar over. For 15 år siden var overvekt og fedme noe som var forbeholdt USA, men slik er det ikke lenger. Jeg tror utfordringene opp mot overvekt og fedme preger nordmenn mye, og det er stor ulikhet i hvilke signaler vi sender til hverandre, inkludert gjennom media. Vi skal «kose oss» så mye med mat at vi blir syke av det, og stadig ser vi oppskrifter i ukeblader på kaker o.l. Samtidig skriver populære ukeblader og aviser om ulike slankemetoder som ikke er vitenskapelig dokumentert, der de blir fremstilt som sikre metoder. Det som er interessant er at på den ene siden omringer vi oss med usunne og raske løsninger, og på den andre siden opplever flere press fra samfunnet om å se slank og veltrent ut, der det blir fremstilt en slags «mal» på hvordan vi bør se ut. Jeg har en opplevelse av at det er mange stygge holdninger i samfunnet vårt ovenfor personer som sliter med vekten.

«Det er bare å ta seg sammen» tror jeg er en holdning som er vanlig. Jeg går ut ifra at det er mye mer komplekst enn som så. Jeg tror mat er blitt et mye større fenomen enn bare ernæring, og jeg tør påstå at mange bruker mat som et rusmiddel for å regulere følelser. Jeg frykter at Norge som nasjon ikke er tilstrekkelig forberedt på den store fedme bølgen som jeg opplever stadig er i en negativ utvikling.

Da jeg startet studiet, oppdaget jeg gradvis at jeg ble mer interessert i å jobbe med personer med Downs syndrom, og jeg så tidlig at mange av disse personene var overvektige. Min for forståelse er også preget av at det er stort fokus på brus, pølser og potetgull o.l. når personer med Downs syndrom møtes for å delta på aktiviteter, og tanken på at de ønsker å delta grunnet serveringen fremfor selve aktiviteten har slått meg ved flere anledninger. Det virker for meg som at dette muligens er et svært vanskelig og krevende tema for mange av de som jobber med personer med Downs syndrom.

1.3 Valg av problemstilling

På bakgrunn av min interesse for temaet har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

«Hvordan kan vernepleiere fremme god helse hos personer med Downs syndrom som er overvektige?»

1.4 Avgrensning av problemstilling

For å skape god helse er det mange aspekter i ens liv som må pleies, deriblant fysisk aktivitet og psykososialt velvære, men grunnet oppgavens omfang og den tiden jeg har til rådighet, så har jeg valgt å fokusere på kosthold og ernæring. Oppgaven er avgrenset til voksne personer med Downs syndrom som allerede er overvektige og som bor i selvstendige boliger med bistand fra en personalgruppe. Når jeg skriver om kosthold tar jeg for meg nasjonale kostholdsråd fra Helsedirektoratets anbefalinger, og velger å se bort ifra andre kostholdsråd.

2.0 Metodekapittel

2.1 Presentasjon av metode

Jeg har benyttet litteraturstudie av faglitteratur og forskningsartikler, dette er en kvalitativ metode. Dalland(2007) beskriver at kvalitativ metode omhandler det å fange opp meningen og opplevelsen av funnene. Jeg har valgt å benytte meg av denne metoden da den gjør det mulig å besvare problemstillingen med litteratur og forskningsartikler.

Jeg deltok på en konferanse i Bergen 4 og 5 mai 2015, og fikk der gode tips til relevant litteratur og nyere forskning. Dette var fagkonferanse i regi av Samordningsrådet for arbeid for personer med utviklingshemning(Stiftelsen SOR), der «*livsstil-et spørsmål om valg*» var temaet.

2.2 Kilder og kildekritikk

Kildekritikk omhandler vurdering og karakterisering av litteratur som blir benyttet (Dalland 2007). Kildekritikken her vurderer om kildene jeg anvender er valide og besvarer problemstillingen på en reliabel måte. Dalland(2007) skriver at validitet betyr at de tema som man søker må være gyldig og relevante, og reliabilitet står for at kildene man bruker er pålitelige.

Ved at jeg har valgt å knytte tema for bacheloroppgaven opp mot personer med Downs syndrom, og for at personer med psykisk utviklingshemning er en sentral målgruppe på vernepleierstudiet, så er flere av fagbøkene jeg har valgt å benytte meg av pensumlitteratur, noe jeg anser som reliable kilder. Disse er blant annet fra Owren og Linde(2011) og Eknes og Løkke(2009).

Jeg har i hovedsak brukt primærkilder i besvarelsen. Ifølge Dalland(2007) så bør vi benytte primærkilder så langt det er mulig. Når forfatteren refererer til en annen, så kalles dette sekundærkilde. Ulempen ved å anvende sekundærkilder kan være at tekstens innhold kan ha blitt feiltolket eller ikke er helt nøyaktig, og derfor ikke er like troverdig som primærkilder. Jeg har allikevel anvendt noen sekundærkilder, da disse er lettere tilgjengelige.

Jeg har benyttet meg av kilder som både omhandler overvekt og fedme, og selv om det er et skille mellom disse to kategoriene, så har jeg valgt å ikke gjøre en forskjell på dem da årsak og behandling av disse tilstandene kan bli sett på som relativt like.

Jeg ser på innhenting av forskningsartikler og litteratur på engelsk som noe positivt. Om man bare forholder seg til litteratur på norsk kan man gå glipp av viktig informasjon da forskningsartikler ofte blir publisert på engelsk. På en annen side kan det bli en utfordring å anvende engelsk litteratur grunnet ulike definisjoner på faglige begrep som kan føre til at man tolker tekstene på en annen måte enn det som er opprinnelig ment. Jeg har valgt å bruke forskning fra Norge og Sverige, da innhenting av forskning fra andre land med blant annet annen kultur enn Norge ikke nødvendigvis kan vise til resultater som er representativt for forholdene her hjemme. Ifølge Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU)(2007) så kan sammenlikning av forskningsresultater fra flere land hvor man har ulik kultur, ulike fagdefinisjoner og samfunnsstruktur være en utfordring.

2.3 Litteratursøk

For å finne forskningsartikler og litteratur har jeg søkt i databaser som «Oria», «Google scholar» og «Pubmed». Ved søk på norsk har jeg i hovedsak benyttet meg av søkeordene «Downs syndrom», «psykisk utviklingshemning» og «utviklingshemning», der jeg knyttet det sammen med søkeord som «overvekt», «fedme», «helse» og «kosthold». På engelsk har jeg benyttet meg av søkeordene «Down syndrome», «intellectual disability», «mental retardation» og «learning disability» og knyttet dette opp mot søkeordene «health», «nutrition» og «obesity». Jeg fant lite forskning på kosthold opp mot personer med Downs syndrom og psykisk utviklingshemning.

Jeg har brukt søkemotoren «Google» for å finne kilder fra Helsedirektoratet og Verdens helseorganisasjon(WHO). Jeg anser disse kildene som pålitelige, da norske helsemyndigheter støtter seg til disse i sine kostråd. Jeg har også søkt på «Google» for å finne Stortingsmeldinger, noe jeg ser på som sikre kilder, da disse kommer fra den Norske regjering. For å finne litteratur jeg ble tipset om på Stiftelsen SOR konferansen i mai 2015, anvendte jeg «Google». Jeg ser på kildene fra konferansen som pålitelige, da Stiftelsen SOR jobber i hovedsak med informasjons- og kompetanseformidling, sosialpolitiske innspill og fagutvikling. Dette er en sentral aktør som jobber for å fremme rettigheter for

personer med psykisk utviklingshemning gjennom samvirke med utdanningsinstitusjoner, fagmiljø og offentlige etater (Stiftelsen SOR 2015).

2.4 Erfaring fra praksis

Jeg har valgt å ta med noen erfaringer fra praksis fra studiet, da jeg anser disse som relevante for valgt tema, og jeg beskriver derfor noen av disse erfaringene gjennom besvarelsen. Jeg bruker ikke eksemplene som en erstatning for valgt litteratur, men som et supplement for å understreke og fremheve utvalgt teori. Mine observasjoner er innhentet fra dagliglivet til personer med Downs syndrom, og kan være med på å illustrere deres hverdag på en måte som jeg ikke har funnet like godt beskrevet i litteraturen. Samtidig så kan praksiserfaringen ikke vise oss et helhetlig bilde da de baserer seg kun på noen få personer, og det er viktig å påpeke at det er store individuelle forskjeller hos denne målgruppen. Alle erfaringer fra praksis jeg viser til i denne oppgaven er anonymisert. En viktig faktor her er hvor bevisst jeg var min for forståelse for temaet før observasjonene.

2.5 Begrepsavklaring

2.5.1 Downs syndrom

Skauge forklarer at det er tre typer med Downs syndrom:

Ved *Trisomi 21* foreligger det tre kromosom 21, i stedet for to, som er det ordinære. 90-95 % av personer med Downs syndrom har trisomi 21.

I *Translokasjon* har en del av et ekstra kromosom 21 hengt seg på et annet kromosom. 2-4 % av personer med Downs syndrom har denne formen.

I *Mosaikk* er det bare noen av kroppens celler som har trisomi. Dersom kromosomfeilen inntreffer senere i celledelingen kan denne tilstanden oppstå. 2-4 % av personer med Downs syndrom har denne formen (Skauge 2007a)

Mæhle(2011) skriver at 50 % av personer med Downs syndrom har medfødt hjertefeil, og 70-80 % vil i løpet av livet få nedsatt hørsel. Årsakene ligger i voks i ytre øregang og infeksjoner i mellomøret. Omkring 80 % får behov for briller i løpet av livet. De har nedsatt immunforsvar. Unormal immunrespons kan av og til føre til autoimmune

sykdommer, som innebærer at det dannes antistoffer mot kroppens egne organer. Dette kan føre til cøliaki og lavt stoffskifte(hypotyreose). Ifølge McGuire og Chicoine(2006) så har personer med Downs syndrom stor risiko for å utvikle lavt stoffskifte. Dette innebærer at kroppen forbruker mindre energi, og sannsynligheten for utvikling av overvekt øker. Hypotyreose kan forårsake en rekke fysiske symptomer inkludert forstoppelse, tørr hud, og slapp muskulatur. Når man så ser på det psykiske aspektet ved hypotyreose så er det viktig å bemerke at denne tilstanden også kan medføre apati, depresjon, nedsatte evner og demens.

Mæhle forklarer at personer med Downs syndrom har økt risiko for sukkersyke, diabetes mellitus. Gingivitt er en alvorlig tannkjøttssykdom som sees hos personer med Downs syndrom. Sammen med korte tannrøtter medfører det løsning av tannfeste og tap av tenner. Spisevaner, munnhygiene og medikamenter er viktige tannhelsefaktorer. De aller fleste er plattfot, noe som fører til at det blir vanskelig å løpe og gå, og dette kan igjen påvirke hele kroppsholdningen. Obstruktiv søvnapne er relativt vanlig hos personer med Downs syndrom, og kan komme som følge av blant annet overvekt. 10 % har en disposisjon til å utvikle slappe leddbånd i øvre nakkeledd, som kan føre til forskyvning mellom de øverste ryggvirvlene og lammelse. Cervikal spondylose som betegner slitasjeforandringer i nakken forekommer hos 35-75 % og kan være en faktor for ryggmargsskade. Skoliose som betegner skjev rygg sees også oftere hos personer med Downs syndrom. 5-8 % har problemer med hofteleddene (Mæhle 2011).

Mæhle(2011)forteller at i Norge fødes det hvert år ca. 65 barn med Downs syndrom, noe som tilsvarer ca. 1 per 1000 fødsler. Downs syndrom er den vanligste årsaken til psykisk utviklingshemning i vestlige land. Nesten alle med Downs syndrom har en psykisk utviklingshemning, oftest av moderat grad.

Siden de aller fleste personer med Downs syndrom også har en psykisk utviklingshemning, så anser jeg det som relevant å anvende teori som omhandler generell utviklingshemning. Jeg har derfor valgt å knytte denne teorien opp mot personer med Downs syndrom.

2.5.2 Psykisk utviklingshemning

Holden skriver at psykisk utviklingshemning betyr at personen har en forsinket utvikling, der de ikke oppnår ferdigheter og kunnskaper på lik linje med andre jevnaldrende, samt at læring skjer saktere på de fleste områder. Dette medfører at de har problemer med å arbeide selvstendig, mestre huslige, personlige og økonomiske oppgaver og andre krav som livet stiller. Tilstanden må inntreffe før personen fyller 18 år (Holden 2009).

Larsen og Wigaard viser til statens helsetilsyn og World Health Organization som anvender ICD-10 betegnelser for psykisk utviklingshemning, der de deles inn i fire kategorier etter alvorlighetsgrad:

<i>Lett grad:</i> Tilsvarende en IQ på 50-69 og en mental alder på 9-12 år. Funksjonsnivå: medfører som oftest lærevansker på skolen. Mange voksne fungerer i arbeid, har gode sosiale relasjoner og utfører en innsats i samfunnet.
<i>Moderat grad:</i> Tilsvarende en IQ på 35-49 år og en mental alder på 6-9 år. Funksjonsnivå: utviklingshemningen fremtrer tydelig i barndommen, men med god opplæring kan mange bli mer selvstendige, oppnå noen skoleferdigheter og adekvat kommunikasjon. Mange har behov for ulik støtte for å leve og arbeide.
<i>Alvorlig grad:</i> Tilsvarende en IQ mellom 20-34 og en mental alder på 3-6 år. Funksjonsnivå: Medfører som oftest kontinuerlig omsorgsbehov.
<i>Dyp grad:</i> Tilsvarende en IQ under 20 og en mental alder under 3 år. Funksjonsnivå: Fører til alvorlig begrensning i evnen til det å ta vare på seg selv, kommunikasjon og bevegelighet.

(Larsen og Wigaard 2009).

Larsen og Wigaard påpeker at det er store forskjeller mellom hver kategori innenfor alle utviklingsområder i klassifikaasjonssystemet. De fire kategoriene som er nevnt ovenfor er ment å gi en overordnet forståelse i hva det vil si å leve med psykisk utviklingshemning. Samtidig så viser de at det ikke er helt heldig å sammenligne personer med psykisk utviklingshemning opp mot mental alder. En voksen person med psykisk utviklingshemning vil ha livserfaring, læringshistorie og ferdigheter som er vesentlig

annerledes enn hva et barn har. I funksjonsprofiler finner man fordeling av kognitive styrker og svakheter som en ikke finner hos funksjonsfriske barn (Larsen og Wigaard 2009).

2.5.3 Overvekt og fedme

Verdens helseorganisasjon(WHO) definerer overvekt og fedme som unormal eller overdreven fettansamling i kroppen som kan være helsefarlig. Hovedårsaken til overvekt og fedme er en ubalanse i energiinntak og energiforbruk.

WHO viser til at den mest anvendte målingen av overvekt og fedme hos voksne personer av begge kjønn i alle aldre er BMI (Body Mass Index) / KMI (Kropp's Masse Indeks).

Denne måleenheten brukes til å definere overvekt og undervekt, ved at den angir forholdet mellom vekt og høyde ($BMI = kg / m^2$). Man beregner BMI ved å dividere antall kilo med kvadratet av høyden.

BMI for voksne blir klassifisert slik:

>25= overvekt

>30= fedme

(WHO 2015a).

2.5.4 Vernepleier

Vernepleier er en treårig høyskole utdanning på bachelor nivå. Utdanningen gir autorisasjon som helsepersonell/vernepleier, der man som ferdigutdannet gir tjenester til personer med ulike funksjonsvansker. Gjennom habilitering- og rehabiliteringsarbeid, samt miljøarbeid skal man bidra til daglig omsorg med sikte på god helse, trivsel og velferd for de personene man jobber med. Vernepleierens kjerneområde er tilknyttet tjenester rettet mot personer med psykisk utviklingshemning, i tillegg til at de også kan jobbe med personer med fysiske funksjonshemninger, rusproblemer, demens og psykiske lidelser (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK)2012).

2.5.5 Sunt kosthold

Kostråd fra Helsedirektoratet:

Det anbefales et kosthold med mye grønnsaker, frukt, bær, fisk og grove kornprodukter. Inntaket av rødt kjøtt bør ikke overstige 500 gram i uken, og når man skal velge kjøttprodukter bør man helst velge hvitt og magert kjøtt. Rent kjøtt er å foretrekke fremfor bearbeidede kjøttvarer. Det anbefales kornprodukter med høyt innhold av fiber og fullkorn, og lavt innhold av fett, salt og sukker. Fem porsjoner av grønnsaker, frukt og bær bør være en del av hverdagskosten. Det anbefales å spise fisk to til tre ganger i uken.

Meieriprodukter med lite mettet fett, uten salt og uten sukker bør være en del av hverdagskosten. Leskedrikker med høyt sukkerinnhold bør unngås. De største kildene til sukker er brus, godteri og saft. Det anbefales å velge matoljer, myk margarin og flytende margarin fremfor hard margarin og smør. Dette for å sikre inntak av gunstige umettede fettsyrer og samtidig unngå inntak av mettede fettsyrer. Vann anbefales som tørstedrikk, og er nødvendig for å opprettholde normale kroppsfunksjoner. Vann dekker i tillegg væskebehovet uten å bidra med unødvendige kalorier.

En generell regel i kostrådene er at det anbefales å velge matvarer merket med nøkkelhullmerking, da denne merkingen viser oss det sunneste alternativet i hver matkategori (Helsedirektoratet 2015).

2.5.6 God helse

Verdens helseorganisasjon(WHO) definerer god helse som en tilstand av fullstendig fysisk, sosial og psykisk velvære, og ikke bare fravær av sykdom og fravær av svakhet. Helse er en ressurs for hverdagen, og er et positivt begrep som vektlegger personers sosiale, personlige og fysiske ressurser og evner. Helse er en grunnleggende menneskerettighet i henhold til Menneskerettighetserklæringen fra 1948 (WHO 2015b).

3.0 Teori og drøfting

Jeg har valgt å slå sammen teori og drøfting.

Rødevand(2014) påpeker at sunn mat er viktig for vår psykiske og fysiske helse. Helsedirektoratet(2012) skriver at maten først og fremst skal dekke de grunnleggende behovene for næringsstoffer og energi, i tillegg til å fremme god helse og forebygge sykdom. Ifølge Helsedirektoratet (2010) så øker forekomsten av overvekt og fedme i Norges befolkning, på lik linje med resten av verden. Overvekten i seg selv er ikke en sykdom, men fedme kan være en medvirkende faktor i utviklingen av blant annet type 2-diabetes, flere kreftformer, hjerneslag, hjerteinfarkt og psykiske lidelser, for å nevne noen. Fedme er blitt en av de største helseutfordringene i verden, og flere har påpekt at vi nå står ovenfor en global epidemi som kan gi store konsekvenser. En av fem nordmenn har i dag fedme, og for å snu denne uheldige vektutviklingen så må forebyggende tiltak som sunnere kosthold prioriteres. For at dette skal bli en realitet må mange sektorer bidra. Øen(2012) understreker at fedmeproblematikken trenger interesserte fagfolk på alle arenaer.

3.1 Menneskesyn

Fellesorganisasjonen FO(2008) skriver at vernepleierutdanningen vektlegger kunnskaper og holdninger der menneskeverd, menneskesyn og menneskerett står sentralt.

Aadland(2011) skriver at menneskesynet er avgjørende for helse- og sosialarbeiderens praksis.

Menneskesynet er helt sentralt i vernepleierens yrkesutøvelse, og vårt menneskesyn gjenspeiler hvordan vi møter den enkelte og tilrettelegger for å fremme selvbestemmelse og brukermedvirkning. Hvert enkelt menneske er unikt og har sin egen individualitet som må ivaretas. Vernepleiere må se på potensialet og ressursene hos hvert enkelt menneske, og bygge videre på disse slik at brukerne kan bli mest mulig selvstendige. Aadland(2011) forklarer at hvert menneske er særegent og unikt, og må møtes helt og holdent på sine egne prinsipper. Dette er en hermeneutisk-humanistisk innstilling som bygger på verdier om at hver person er fri og selvstendig, og at alle må få muligheten til å framtre som en unik person ut fra sine egne forutsetninger, uten å bli møtt av andres forforståelser og fordommer. I yrkesetiske retningslinjer for FO(2015) fremhever de at vernepleiere skal

jobbe med et helhetlig syn på mennesker, og at vi skal vise respekt for andres livsvalg og verdier.

Frost(2007) drøfter selvbestemmelse, og viser at retten til å ta beslutninger selv på et frivillig grunnlag, retten til informert samtykke og retten til å bli møtt med respekt for egen integritet, uavhengig av funksjons- eller psykisk utviklingshemning og sykdom, er viktige prinsipper som må ivaretas.

3.2 Livskvalitet

Livskvalitet kan defineres av Rustøen som *«En persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områder i livet som er viktige for en»* (Innstrand 2009:31).

Livskvalitet er et bredt begrep som på en kompleks måte omhandler personens fysiske og psykologiske helse, grad av selvstendighet, sosiale relasjoner, tro, tilgang på tilfredsstillelse og mulighet til å påvirke sine omgivelser. Når livskvalitet skal belyses, må man vise forståelse for at vi er forskjellige i vår oppfatning av livskvalitet (Innstrand 2009).

Lorentzen(2006) forklarer at fagpersonenes primære oppgave er å strukturere situasjoner slik at man kan oppnå mål som for eksempel når brukeren skal tilegne seg nye ferdigheter og bli mer selvstendig. Det overordnede målet er å bedre livskvaliteten for brukeren.

Helsedirektoratet(2010) forteller at overvekt kan påvirke vår helse, trivsel og livskvalitet på en negativ måte. Videre sier Helsedirektoratet(2012) at kosthold og ernæring er viktig for helsen og livskvaliteten for alle mennesker. Askheim(2008) skriver at livskvalitet er et vidt begrep og det er først og fremst vår subjektive opplevelse som er grunnlaget for livskvaliteten. Ifølge Holm, gjengitt i Askheim(2008) så kan livskvalitetsbegrepet deles inn i tre kategorier: ytre livsvilkår, mellommenneskelige relasjoner og indre psykologisk tilstand. Ved den sistnevnte kategorien inngår selvtillit, engasjement, energi, selvrealisering og glede. Knyttet dette opp mot helsen til personer med Downs syndrom så kan jeg se at dersom de selv får innblikk i hvilke valgmuligheter som finnes rundt dem, og de selv får ta gode og sunne kostholdsvalg, så kan dette igjen bidra til å øke deres opplevelse av livskvalitet. Askheim(2008) påpeker også at i den senere tid har

livskvalitetsbegrepet blitt mer tilknyttet psykisk og fysisk helse. Videre så skriver han at livskvalitetstilnærmingen omhandler at vi som fagpersoner må være med på å skape de betingelsene som er nødvendige for at hver enkelt skal kunne skape seg et godt liv. Jeg ser derfor på de faglige tilnærmingene som jeg nevner i oppgaven som viktige hjelpemidler for at nettopp dette skal inntreffe for målgruppen. Alt dette kan føre til en bedring av indre psykologisk tilstand. Personene kan få mer energi som følge av et riktig kosthold, kan få økt selvtillit, og føle glede som følge av at de mestrer å lage sin egen mat. Alt dette kan være gode betingelser for at personene skal få oppleve god livskvalitet. Innstrand(2009) skriver at opplevelsen av god helse og lite sykdommer er ansett som viktige faktorer for at mennesker skal oppleve god livskvalitet.

3.3 Kosthold og overvekt hos personer med Downs syndrom

Ifølge NAKU(2007) så viser studier at risikoen for overvekt hos personer med Downs syndrom, uavhengige av kjønn, er mye høyere enn for resten av befolkningen. Murray og Ryan-Krause forklarer at dette er særlig gjeldende for personer med Downs syndrom, da det er den største diagnosegruppen innen psykisk utviklingshemning (Rødevand 2014). Jobling og Cuskelly hevder at forebygging av overvekt hos personer med Downs syndrom krever livslang oppfølging. I deres undersøkelse viser de at 85 % av personer med Downs syndrom velger energitett mat bestående av mye fett og sukker, og 81 % spiser disse matvarene på daglig basis (Habiliteringstjenesten i Bergen 2012-2014). Som tidligere nevnt så skriver Mæhle(2011) at 50-60 % av personer med Downs syndrom vil utvikle overvekt i løpet av livet. Ifølge Rødevand(2014) så har personer med Downs syndrom større problemer enn andre med å forstå sammenhengen mellom helse og kosthold grunnet generelle lærevansker.

Når det gjelder personer i selvstendige boliger med bistand fra personal, viser nyere forskning fra Nordstrøm m.fl.(2015) at personer med Downs syndrom spiser mindre frukt og grønnsaker enn jevnaldrende som bor hjemme hos sine foreldre. Gjennom å måle karotenoider i blodet til deltakerne i sin undersøkelse fikk de dokumentert fruktinntaket deres. De har også sett at inntaket av frukt og grønnsaker er lavere hos personer som er overvektige, sammenlignet med normalvektige. Forskningen viser videre at personer med Downs syndrom spiser fire ganger mer ferdigmat i uken sammenlignet med jevnaldrende

med Downs syndrom som bor hjemme hos sine foreldre. De viser også til at 25 % av deltakerne i undersøkelsen har et daglig inntak av brus. Forskning fra Adolfsson m.fl.(2008) viser at 26 % av det samlede energi inntaket for personer med psykisk utviklingshemning som bor i selvstendige boliger tilknyttet personalbase, kommer fra mellommåltider, som blant annet fra kjeks og kaker. Også i denne forskningen, slik Nordstrøm m.fl.(2015) viser, har de et lavt inntak av frukt og grønnsaker. Det kan tenkes at mye av årsaken til disse livsstilsvalgene grunner i at slike produkter er svært lett tilgjengelige. Helsedirektoratet(2012) skriver at det kan være vanskelig å velge sunne matvarer når usunne matvarer er så lett tilgjengelige.

I løpet av praksis observerte jeg at det var stort fokus på usunne matvarer når brukerne skulle møtes for felles aktiviteter. For eksempel så deltok flere av brukerne jeg jobbet med på dans en dag i uken. Her kunne de kjøpe brus, potetgull o.l. til en rimelig pris. Man kan stille seg undrende til hvorfor det er slik at arrangementene som personer med Downs syndrom skal delta på ofte kun skal bestå av usunn mat og drikke. Hvor blir det av ivaretagelsen av selvbestemmelsesretten når brukerne ikke får anledning til å velge et sunt alternativ? Skauge(2007b) påpeker at det ikke er bra at arrangementer for personer med Downs syndrom ofte er preget av energitette matvarer som brus, chips, vafler og pølser. Ifølge henne så vil samfunnet bidra til å bedre livskvaliteten for denne gruppen dersom det blir servert sunn mat på slike arrangementer.

Det kan være at disse energitette matvarene er det som gir personene god livskvalitet, og at mat de finner tilfredsstillende er viktigere enn god helse. Er det da riktig å fjerne disse matvarene dersom de betegner denne maten som essensiell for å kose seg? Eller går det an å finne en balansegang på disse arrangementene, for eksempel ved at det blir servert både brus og vann, vafler og fruktsalat? Da blir selvbestemmelsesretten ivaretatt, i tillegg til at arrangementene gir muligheten til at de kan velge noe sunt.

For å skape god helse og livskvalitet så er det viktig å se sammenhengen mellom kropp, velvære, og psykisk og fysisk helse. Når jeg ser kosthold og overvekt hos personer med Downs syndrom opp mot deres fysiske helse, er det viktig å fremheve hvor avgjørende det er å ha en stabil og god vekt og et godt kosthold. Slik det vises i punkt 2.5.1 kommer det frem av McGuire og Chicoine(2006) at personer med Downs syndrom ofte har lavt stoffskifte, noe som kan føre til at kroppen forbruker mindre energi, samt slapp

muskulatur. Mæhle(2011) viser at personer med Downs syndrom er sårbare for å få tannkjøttssykdommen gingivitt, der spisevaner er viktige faktorer for å bedre tilstanden. De fleste er også plattfot, noe som fører til at det er vanskelig å gå og løpe. De har også ofte slappe leddbånd i øvre nakkeledd, samt skoliose. Alle disse tilstandene er vesentlige faktorer som kan bidra til at personene får en utfordring med å være fysisk aktiv. Jeg ser derfor enda tydeligere viktigheten av å forebygge overvekt og fedme gjennom et sunt kosthold hos målgruppen.

3.4 Habiliteringstjenesten i Bergen og deres erfaringer

Habiliteringstjenesten i Bergen(2012-2014) skriver at de jobber i hovedsak opp mot personer med psykisk utviklingshemning, og har registrert at utfordringene knyttet til overvekt og fedme øker. Habiliteringstjenesten i Bergen har i 2012-2014 prøvd ut en tilpasset behandlingsform for fire personer med lett og moderat grad av utviklingshemning med overvekt og fedme, med en varighet på elleve måneder. De fire deltakerne i prosjektet ble først innlagt hos Habiliteringstjenesten sin døgnavdeling, der de fikk kosthold som var individuelt tilpasset. Undervisning angående motivasjon og ernæring var en del av det daglige regimet. Etter fire uker hadde alle fire deltakere en nedgang i BMI. Personene hadde også fått kompetanse i blant annet sykdommer, sunt kosthold, og det å sette seg mål. De erfarte underveis at motivasjonen for livsstilsendring var stor. Habiliteringstjenesten påpeker at det viktigste er å oppdage og iverksette tiltak på et tidlig stadium i den negative utviklingen hos personer som er overvektige, og at operasjoner er sjelden aktuelle hos denne målgruppen (Habiliteringstjenesten i Bergen 2012-2014).

Habiliteringstjenesten i Bergen(2012-2014) skriver at resultatene av prosjektet viser at deltakerne har fått økt kunnskap og bevissthet om egne vaner og endring av livsstil. Endringene har bydd på noen utfordringer, og for å ha lyktes så har støtten og oppfølgingen fra nærpersoner og familie vært av stor betydning. Utfordringer som de belyser er blant annet at personene har hatt vansker med å forstå konsekvensene av sine egne valg, da valgene ikke viser en umiddelbar synlig effekt. Å motivere seg selv har også vært en utfordring, samt å følge de rådene som er blitt gitt. Å endre på gamle vaner tar gjerne lang tid. De fremhever at det har vært spesielt vanskelig å spise riktig mengde mat når tilgangen til mat har vært stor. Dette har resultert i at de mål som er satt har blitt

vanskelig å oppnå. Rammer, struktur og systematisk oppfølging over tid er noen av nøkkelordene for at nye vaner skal vare over tid. I prosjektets avslutning viste målingene at to av de fire deltakerne hadde hatt et stort vekttap, og de andre to hadde gått opp til start vekt igjen. Noe av det viktigste som Habiliteringstjenesten konkluderer med, er at skal personene opprettholde motivasjonen og dra nytte av den kompetansen de har tilegnet seg, er det helt avgjørende at de får støtte utenfra (Habiliteringstjenesten i Bergen 2012-2014).

Prosjektet til Habiliteringstjenesten i Bergen er et flott alternativ til behandlingsopplegg for personer med Downs syndrom som er overvektige. Habiliteringstjenesten i Bergen(2012-2014) forteller at deres positive erfaringer tilsier at dette er en behandlingsform som bør videreføres og komme andre til gode. Fra en annen side kan det være rimelig å si at dette også kan bli sett på som vanskelig å gjennomføre over tid for personer som skal delta i et slikt prosjekt. Kanskje det kan få motsatt effekt grunnet lang varighet? Kanskje det finnes en tilnærming eller behandlingsopplegg som kan utvikles til å bli enda bedre? Hvis man ser på utfordringene i prosjektet, der Habiliteringstjenesten(2012-2014) viste til at personene hadde vansker med å motivere seg selv og at gamle vaner tar lang tid å endre. Kanskje vi må senke kravene og ta små skritt, og ikke forvente at de skal leve under et så strengt regime i flere uker? Det viktigste er at personene er fornøyd med seg selv og sin egen kropp, opplever god livskvalitet, har god fysisk og psykisk helse, og forebygger sykdommer. Slik jeg tar opp i punkt 3.2 så er livskvalitet en subjektiv opplevelse som ikke kan defineres ut fra spesifikke kvalifikasjoner. Det kan tenkes at hos noen er usunn mat som de synes smaker godt viktig for å oppleve god livskvalitet, og at god helse er så abstrakt at det ikke nødvendigvis krever et sunt kosthold. Kan det være at selv om de forstår hvilken betydning vekt og kosthold har på helsen, så velger de heller å spise usunn mat fordi denne maten er viktigere for dem enn god helse?

Jeg tenker at det kan være mange tilnærminger for å motivere brukerne til å endre livsstil. Slik jeg ser det, er det aller viktigste å finne riktig motivasjonsfaktor, og en faglig tilnærming som er individuelt tilrettelagt hver enkelt bruker. Videre i oppgaven viser jeg flere tilnærminger som vernepleiere kan anvende for å fremme god helse hos personer med Downs syndrom gjennom et godt og sunt kosthold basert på Helsedirektoratets anbefalinger. Torske(2009) skriver at personer med Downs syndrom bør få informasjon om faktorer som påvirker helsen, deriblant viktigheten av å ha et godt og sunt kosthold.

3.5 Dagens informasjonsteknologi

Sandvin forteller at vi lever i et informasjonssamfunn. Tilgangen til informasjon er stor, og lett tilgjengelig for dem som behersker informasjonsteknologien. Samtidig så kan det virke funksjonshemmede for personer med Downs syndrom, da teknologien stiller økt krav til kognitiv fungering for å kunne delta og ta i bruk dette. Ved kompensierende tiltak eller hjelpemidler, kan slike begrensninger reduseres eller fjernes. For eksempel så kan informasjon som er beskrevet i en lettlest form kunne kompensere for kognitive funksjonsnedsettelse. Forfatteren påpeker at det er mange hindringer som kan kompenseres for eller unngås, men at disse mulighetene ofte ikke blir benyttet (Sandvin 2014).

NAKU(2007) skriver at studier viser at kunnskap og informasjon rundt fordelene og betydningen av et sunt kosthold, og andre aspekter ved det å leve sunt, formidles i form av opplæringsmateriell. Ofte blir ikke dette formidlet slik at det er lett tilgjengelig for personer med Downs syndrom. Viktig informasjon angående ivaretagelse av egen helse og betydningen av egen livsstil er noe de derfor kan gå glipp av. Ifølge Sandvin(2014) så kan mange personer med Downs syndrom ha nytte av opplæring i bruk av informasjonsteknologi som er tilpasset dem. Den største utfordringen er deres evne til å tolke og sortere informasjon, og ikke selve teknologien.

Vi kan se at Helsedirektoratets retningslinjer for kosthold i hovedsak er tilpasset de med gode leseferdigheter. Ofte mestrer ikke personer med Downs syndrom å forstå disse kostrådene fordi de ikke har de leseferdighetene som kreves for å kunne sette seg inn i dem. Dette kan støttes opp under av det Sandvin(2014) skriver. Han forklarer at mange personer med Downs syndrom faller utenfor informasjonssamfunnet fordi de ikke behersker informasjonsteknologien. Samtidig så tenker jeg at det er viktig at vi som vernepleiere ikke ser på dette som en hindring for å kunne fremme gode kostholdsvaner. Vernepleiere bør bruke sine faglige, kreative evner og tilrettelegge kostrådene på en måte som brukerne forstår. Vernepleiere må møte personer ut ifra deres eget potensial og ressurser, og jobbe ut i fra det. Slik Søren Kirkegaard beskriver det: *«Skal man hjelpe en annen, må man først finne ut hvor han er, og møte ham der. Dette er det første bud i all sann hjelpekunst»* (Søren Kierkegaard, her referert i Helsedirektoratet 2012:23).

Å gi tilstrekkelig helsehjelp som er tilpasset hver enkelt bruker er også hjemlet i loven. I Lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-5 (1999) står det at informasjonen skal være tilpasset hver enkelt brukers individuelle forutsetninger, som blant annet modenhet, erfaring og alder. Helsepersonell skal så langt det lar seg gjøre sikre at brukeren forstår den informasjonen som blir gitt.

3.6 *Inviterende og insisterende praksis*

Helsedirektoratet skriver at kostholdsrådene man skal fremme må tilpasses hver enkelt for å imøtekomme personlige, sosiale og etniske behov. Veiledningen skal baseres på personens kosthold og kostvaner. For at kostvanene skal bli varige, må hjelpen man gir føre til at personen selv finner konkrete og realiserbare mål for levevaner (Helsedirektoratet 2012).

Owren og Linde(2011) tar for seg en samhandlingsmodell med fire kategorier. Jeg har valgt å ta for meg to av de fire kategoriene som kan anvendes i samhandlingen mellom bruker og vernepleier slik at personene selv skal kunne se hvilke valgmuligheter de har og *selv* finne ut hva de bør spise.

Den første samhandlingskategorien jeg har valgt å vise til er det Owren og Linde(2011) omtaler som *inviterende* praksis. Slik jeg tolker *inviterende* praksis så innebærer den at vernepleieren, ut ifra en faglig og etisk begrunnelse, ser hva brukeren har behov for, og deretter tar initiativ utover det brukeren har gitt uttrykk for at vedkommende ønsker. Vernepleieren kan prøve seg frem ved å tilby nye erfaringer og utvikle tjenestetilbudet samtidig som selvbestemmelsesretten blir ivaretatt.

Jeg har valgt å vise til et fiktivt eksempel som kan illustrere hvordan *inviterende* praksis kan utarte seg, og deretter hvordan eksemplet kan vinkles fra *inviterende* til *insisterende* praksis.

Anna, som er vernepleier, skal være med Kristina til byen for å kjøpe klær. Kristina er overvektig, har Downs syndrom og moderat utviklingshemning. Anna kjenner Kristina godt, og gjennom å ha jobbet flere år med Kristina kjenner Anna måten hun kommuniserer

på, og de to kommer godt overens. Kristina spør Anna om de kan spise lunsj sammen. Anna foreslår da at de kan spise lunsj på den nye restauranten i byen som har en stor salat bar, der de kan plukke ut selv gode frukter og salater som de ønsker. Anna oppfyller Kristinas ønske om å spise lunsj, samtidig som hun legger til et forslag på sunn mat de kan spise.

Dette er et eksempel på en *inviterende* praksis som ivaretar brukerens selvbestemmelsesrett, ved at Kristina får spise lunsj i byen som hun ønsker, samtidig som at vernepleieren også legger til et forslag hvor de kan spise, og dermed ut ifra en faglig begrunnelse fremmer et godt kosthold for Kristina. Annas forslag er også basert på en etisk begrunnelse da hun vet at Kristina liker både paprika og mais, slik at hun kan finne noe i salatbaren hun liker. Dersom Kristina sier at hun ikke ønsker å besøke den nye restauranten kan Anna fremlegge andre valgmuligheter. Til syvende og sist er det Kristina som bestemmer hva hun skal spise. Owren og Linde(2011) presiserer at de tjenester vernepleierne skal gi må ivareta personens selvbestemmelse. I beste fall kan en slik samhandling føre til at Kristina liker salatbaren, og at det åpner seg en ny verden for henne i valg av matvarer. Owren og Linde(2011) forklarer at hos noen er det først når det foreligger konkrete valgmuligheter de kan foreta de riktige valgene selv.

Den andre kategorien i samhandlingsmodellen jeg skal vise til, er det Owren og Linde(2011) kaller en *insisterende* praksis. Slik jeg tolker denne samhandlingskategorien så innebærer en slik samhandling at vernepleier ikke er like inviterende som det eksempelet over, men at vernepleieren uttrykker seg mer bestemt. I denne kategorien spør ikke vernepleieren bruker om dette er en handling hun ønsker å gjennomføre, men fremlegger det som en handling som må gjennomføres.

Jeg viser til eksemplet om Anna og Kristina, og vinkler det fra *inviterende* til *insisterende* praksis. Dersom en *inviterende* måte å samhandle på ikke gir ønsket resultat, kan Anna samhandle på en måte med Kristina som er mer *insisterende*.

Kristina sier til Anna at hun vil spise lunsj. I stedet for å foreslå den nye restauranten, der de har salatbar, *insisterer* Anna at de skal dra dit gjennom å svare: «vi drar og spiser på den nye restauranten, der de har salatbar. Der kan du plukke ut selv salat og frukt som du ønsker ». Her tar Anna en etisk avveining ved at hun, ut ifra faglig begrunnelse, finner det mer viktig at Kristina skal spise et sunt måltid enn at hun skal bestemme hvor de skal

spise. Det påpekes at dersom Anna skal velge denne måten å samhandle på, så må den på forhånd ha blitt diskutert i tjenestemiljøet, sammen med pårørende og verge, og Habiliteringstjenesten. Dersom det fremkommer at Kristina utelukkede foretrekker «fast food» kjeder som McDonalds, og ikke forstår hvilke negative konsekvenser den usunne maten påfører henne, kan tjenesteyterne, Kristinas pårørende og verge, samt Habiliteringstjenesten komme frem til en enighet om at de skal *insistere* på at hun skal spise sunnere, for å forebygge ytterligere overvekt og livsstilssykdommer.

Owren og Linde(2011) forklarer at innenfor denne samhandlingskategorien så griper det ikke så mye inn i personens selvbestemmelse at det kan kalles for tvang. Jeg vil si at selv om *insisterende* praksis kan være en nødvendig tilnærming dersom bruker ikke har forutsetninger til å forstå konsekvensene av sine valg og handlinger, så er det rimelig å si at man også må være kritisk ved bruk av denne samhandlingsmodellen. Det er ikke nødvendigvis riktig å anvende en slik samhandlingskategori selv om flere fagpersoner, verge og Habiliteringstjenesten er blitt enige om en slik tilnærming. Kan det oppleves som mer inngripende for bruker? Det oppstår ofte etiske dilemma, og en slik samhandling kan føre til uheldig bruk av profesjonsmakt, der maktmisbruk og manipulering kan bli en negativ konsekvens. Dette kan igjen føre til at brukeren kan oppleve å føle avmakt. Avmakt kan bli definert som «*Et menneskes opplevelse av sterke behov som det ikke ser noen reel mulighet for å få dekket*» Helgesen (2011:388). Det er derfor viktig at vernepleieren reflekterer over sin egen væremåte, og forsøker å forstå brukerens følelser og reaksjoner.

Også eksempelet om *insisterende* praksis kan føre til at Kristina får opp øynene til annen mat, der hun ser hvilke valgmuligheter som finnes rundt henne. Det kan også være gunstig at Anna prøver seg frem og veksler mellom de ulike samhandlingskategoriene. Målet er at Anna i sin rolle som hjelper skal vise Kristina hvilke valgmuligheter hun har, når målet er et sunnere og mer balansert kosthold som kan forebygge ytterlige overvekt og livsstilssykdommer.

3.7 Indre og ytre motivasjon

Deci og Ryan skriver at når vi gjør noe fordi vi ønsker det selv, ut i fra vår egen interesse, og når vi velger å gjøre noe på grunn av at det gir oss tilfredsstillelse og mening, kan vi si at handlingene våre er ut ifra *indre motivasjon*. Når vi gjør noe fordi andre ønsker at vi skal gjøre det, forventer det, presser eller belønner oss for å gjøre noe, kan vi si at våre handlinger er drevet av *ytre motivasjon*. Selv om våre handlinger baserer seg på enten indre eller ytre motivasjon, så er det ikke nødvendigvis slik at våre handlinger baserer seg på kun en av disse kategoriene. Det finnes mange mellompunkter innenfor disse to ytterpunktene (Owren 2011a).

Helsedirektoratet(2012) skriver at for å hente frem brukerens egen motivasjon, og for å endre kostholdsvaner, kan det benyttes ulike hjelpemidler. De aller fleste har en sterk forbindelse til eget kosthold, slik at dette blir en del av deres identitet. Mæhle (2011) hevder at personer med Downs syndrom som er overvektige skal møtes med rådgivning og opplæring på lik linje med resten av befolkningen. Jeg kan se at dette ikke alltid er lett, da det å fremme et godt kosthold hos personer med Downs syndrom kan by på utfordringer både for vernepleieren og brukerne selv. Tuntland skriver at det kan være en utfordring å finne ut av hva som motiverer hver enkelt til å lære seg nye ferdigheter. En annen utfordring er at personen ikke alltid ser hensikten i å lære seg noe nytt (Tuntland 2011). Torske(2009) påpeker at den kognitive svikten hos personer med Downs syndrom ofte medfører at de ikke forstår nytten av et sunt kosthold og andre aspekter ved det å leve sunt. Forfatteren skriver også at de har vansker med å forstå betydningen av å endre livsstil.

Det å støtte brukerne slik at de opprettholder motivasjonen, er helt avgjørende for at de skal kunne ta selvstendige og gode kostholdsvalg, og er vesentlig for endring av kostholdsvaner. Dette var også noe Habiliteringstjenesten i Bergen(2012-2014) påpekte da de sammenfattet sine resultater i det prosjektet jeg viste til tidligere i punkt 3.4. Likevel så skriver Dalland(2010) at det er en utfordring å legge til rette for størst mulig grad av indre motivasjon. Slik jeg ser det så bør vernepleiere finne ulike motivasjonsfaktorer tilpasset hver enkelt bruker. Da kreves det at vi har god kjennskap til hva vedkommende liker og ikke liker, samt kartlegge hvilke behov og ønsker personen har. Adolfsson m.fl.(2008) understreker at dette er særlig viktig, og at hver person med Downs syndrom må bli møtt for det mennesket de er, med sine individuelle behov og ønsker.

Mine praksiserfaringer tilsier at det kan være vanskelig å motivere brukerne dersom de ikke har faste hjelpere å forholde seg til. For eksempel så hadde en bruker på mitt praksissted fem forskjellige hjelpere på fem dager. Slike tilfeller kan føre til at motivasjonen hos brukerne må bygges opp fra grunnen hver dag, og at det tar svært lang tid å bygge en indre motivasjon som vedvarer over tid når de har så mange forskjellige hjelpere å forholde seg til. Er dette med på å ansvarliggjøre brukerne mer enn personalet? Resulterer dette i at brukeren holdes ansvarlig for koordinering av personalets tjenester? Sett ut ifra brukerens perspektiv så kan det tenkes at motivasjonen svekkes dersom hjelperne har ulike måter å tilnærme seg brukeren på. Det er derfor viktig at tjenesteyterne samarbeider, slik at de kan være med på å fremme motivasjon hos brukerne. Owren(2011b) forteller at når mange ulike personer skal gi hjelp og tjenester, kan det forverre brukerens utfordringer.

Owren(2011a) forteller at opplevelsen av å ikke mestre en situasjon kan bidra til å svekke *indre motivasjon*. Som vernepleierstudent ser jeg at det er viktig å finne et individuelt tilpasset belønningssystem til hver enkelt bruker. For eksempel så kan det å gi ros og anerkjennelse for noe brukeren mestrer være en pådriver som styrker indre motivasjon. Bakken(2015) forteller at mestring av dagligdagse aktiviteter gir positive opplevelser. Atferdsspesifiserende ros, slik som å fortelle brukeren hvor god vedkommende er til å lage mat, kan være en motiverende faktor som bidrar til at han opplever mestring, og dermed ønsker å lage mat igjen ved en senere anledning. Innstrand(2009) skriver at når noen får ros for en ferdighet, kan dette føre til motivasjon opp mot andre ferdigheter. På en annen side er det viktig å fremheve at ikke alle typer belønning fungerer som forsterkning. Lysvik viser til et eksempel der en jente opplever at det belønningssystemet hun har viser seg å virke mot sin hensikt. Det systematiske belønningssystemet hun har, er en plan der hun skal opparbeide seg poeng når hun gjør husarbeid sammen med hjelperne. Jenta føler at hun blir kontrollert, og at personalet bestemmer over henne. Jenta lærte mer om makt og maktesløshet, fremfor den jobben hun skulle utføre (Owren 2011a). Her blir det tydeliggjort hvor viktig det er at hjelperne finner et belønningssystem som brukeren finner lystbetont og motiverende, og som tar utgangspunkt i brukerens individualitet.

Deci og Ryan forteller at den sterkeste faktoren for å styrke *indre motivasjon* er selvbestemmelse (Owren 2011a). I neste avsnitt drøfter jeg selvbestemmelse.

3.8 Fremme selvbestemmelse

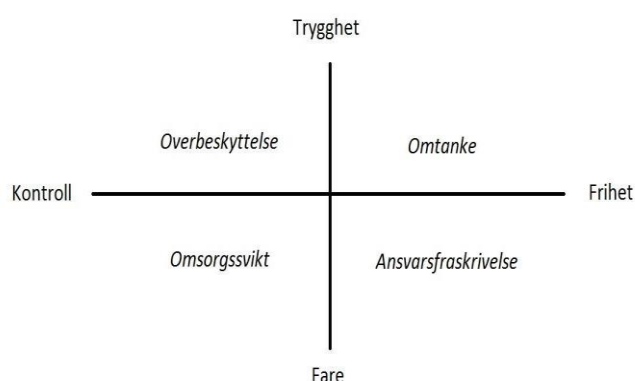
Wehmeyer definerer selvbestemmelse som at en selv handler på vegne av seg selv og sitt eget liv, og foretar avgjørelser og valg knyttet til ens livskvalitet uten innblanding fra andre (Lunde 2009).

Stortingsmelding 45 presiserer at en forutsetning for selvbestemmelse er at det blir lagt frem reelle valgmuligheter (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 2012-2013). Med grunnlag i dette vil jeg si at en av forutsetningene for at brukerne skal ta gode og selvstendige kostholdsvalg handler mye om hvordan vi legger til rette for at de skal kunne ta disse valgene. Da må vi også veilede dem om sunn mat, og vise dem hva som er godt og sunt. Samtidig så er ikke dette alltid like enkelt. I Stortingsmelding 45 står det at det kan være en utfordring for enkelte personer med psykisk utviklingshemning å se handlingsalternativer, samt forstå konsekvensene av valgene sine (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 2012-2013). Jeg ser derfor at vi må tilpasse opplæringen slik at de forstår. På denne måten kan de bedre velge hva de bør spise, samt se hva som er sunt og hva de bør unngå. Forskning av Nordstrøm m.fl. viser at dersom personer med Downs syndrom skal ta egne selvstendige kostholdsvalg, må dette være i samråd med riktig opplæring og veiledning om sunn mat og ernæring, og ferdigheter i matlaging. Studier har vist at personer med Downs syndrom velger sunnere mat etter at de har fått opplæring i kosthold og ernæring (Nordstrøm m.fl.2015).

Det som kan være en av de største utfordringene når man skal lære personer med Downs syndrom å ta gode selvstendige kostholdsvalg, er det Lorentzen(2006) tar opp. Han skriver at det å jobbe med personer med Downs syndrom gir mange etiske dilemma på grunn av deres kognitive begrensinger. En av utfordringene er derfor at de ikke alltid kan forklare på hvilken måte de ønsker å få hjelp og opplæring. Med grunnlag i det Lorentzen(2006) forklarer, så kan jeg se at det kan være vanskelig å fremme selvstendige kostholdsvalg for målgruppen, da vi kan oppleve å møte på flere etiske dilemma. Aadland(2011) forklarer at ved etiske dilemma er det bare dårlige løsninger. Uansett hva vi velger å gjøre, fører det til en negativ konsekvens. Horne og Øyen(2007) skriver at omsorgsarbeid medfører en balansegang mellom det å gi for mye eller for lite hjelp. Gir vi for mye hjelp, kan det føre til at vedkommende ikke klarer seg selv. Gir vi for lite hjelp kan det medføre at de vi skal hjelpe lider. På den ene siden har vi ansvar for å ta vare på helsen til personene vi jobber

med, der vi må være med på å forebygge at de får sykdommer som følge av overvekt og fedme. Det er også behov for å utvikle handlingsalternativer for personer med Downs syndrom når det gjelder vaner for kosthold, slik Innstrand(2009) skriver. På den andre siden velger de selv, der vi kan si at det kan være gråsoner på hvor mye vi kan fremme et sunt kosthold samtidig som vi ivaretar selvbestemmelsesretten.

Jeg viser til en figur nedenfor fremstilt av Ellingsen(2007:75).



Gjennom figuren viser Ellingsen(2007) ulike begreper tilknyttet selvbestemmelse. Ser man denne figuren i sammenheng med kostholdsråd og veiledning, så kan vi se de mulige konsekvenser dersom vernepleiere fremmer, eller unnlater å fremme, et sunt kosthold. Dersom vernepleierne lar brukerne få full frihet til å velge selv, og kostholdet påfører dem skade, der de for eksempel står i fare for å få sykdommer grunnet overvekt og fedme, kan det ut ifra figuren til Ellingsen kalles ansvarsfraskrivelse. Men dersom vernepleierne legger opp til et alt for strengt kostholdsregime for brukerne, kan det ifølge figuren kalles overbeskyttelse, da man ivaretar brukernes trygghet gjennom kontroll. Jeg tenker derfor at det aller beste er å finne en balansegang mellom de ulike dimensjonene i figuren.

Sett ut ifra et brukerperspektiv kan det tenkes at vår veiledning og kostråd kan bli oppfattet som påtrengende og at de føler seg kontrollert, og resultatet kan da bli motsatt av hva vi ønsker. Dykens og Kasari skriver at Downs syndrom er forbundet med protester mot ulike gjøremål, og det kan oppstå reaksjoner som aggresjon og stahet dersom vi insisterer på at de skal utføre bestemte handlinger (Holden 2009). Å ta små skritt kan være løsningen, for mange kan det ta tid å snu kostholdsvaner. Vi må også kunne senke forventningene.

Lunde(2009) skriver at for personer med Downs syndrom vil den kognitive svikten påvirke deres evne og mulighet til å ta valg, og beslutninger om egen livsstil og helse, samt forstå konsekvensene av sine valg. De vil også kunne ha begrenset forståelse for hvilke muligheter de har.

Jeg kan tenke meg at en annen utfordring er at noen vernepleiere kan ha begrenset kunnskap om kosthold og ernæring. I tillegg kan de ha lite erfaring i å tilrettelegge for opplæring i å lage sunn mat, slik Rødevand(2014) hevder. Jeg kan også tenke meg at grunnet de mange ulike kostrådene vi omringer oss med, spesielt fra media, kan det være at mange har ulike oppfatninger om hva et sunt og godt kosthold er. Det er derfor viktig at personalet har en felles tilnærming, og er gode rollemodeller for brukerne. Det er heller ikke riktig å overføre ens eget kosthold til brukerne dersom vernepleierne for eksempel følger en diett bestående av lite karbohydrater. Ved å forholde seg til Helsedirektoratets kostråd, blir det ikke rom for feiltolkninger rundt hva et sunt kosthold er. Helsedirektoratet forteller at når man skal veilede noen i ernæring, må dette være ut ifra nasjonale kostholdsråd(se punkt 2.5.5). Personlige erfaringer eller oppslag i media skal ikke anvendes i kostholdsveiledningen. Helsedirektoratet påpeker at ansvaret for å drive faglig forsvarlig praksis gjennom kunnskapsbasert kostveiledning, ligger hos fagpersonene (Helsedirektoratet 2012). Jeg vil også påpeke at vernepleiere har dokumentasjonsplikt. I Lov om helsepersonell § 39 og 40(1999) vises det at den som gir helsehjelp er pliktig til å føre journal, der nødvendige opplysninger om brukeren og helsehjelpen skal føres. Helsedirektoratet(2012) skriver at opplysninger om matinntak og vektutvikling, samt tiltak rettet mot kosthold og ernæring er relevante opplysninger å dokumentere i journalen. Dersom man går bort ifra faglige anbefalinger, skal dette journalføres. Helsedirektoratet(2012) synliggjør også at dersom det forekommer forhold som kan sette brukeren i fare, har helsepersonell i henhold til Lov om helsepersonell § 17(1999) plikt til å gi informasjon om forholdet til tilsynsmyndighetene.

Innstrand(2009) forklarer at i arbeid med personer med Downs syndrom så er det vesentlig at man undersøker hvordan den enkelte opplever selvbestemmelsen. Marte Wexelsen Goksøyr beskriver hvordan hun opplever det å bestemme selv, og det å ikke bestemme selv. Ifølge henne så er det at andre bestemmer uten at hun blir spurt hva hun ønsker, ensbetydende om at hun blir fratatt ansvar for sitt eget liv. Hun sier at hun ønsker hjelp når hun trenger det, og at hun ønsker å bli spurt. Marte påpeker at når hun får muligheten til å

bestemme selv, så mestrer hun mye. Alt hun ønsker er at andre skal tro på henne. Slik hun sier det: «*Jeg vil være med og bestemme sammen med dere. DET ER MITT LIV!*» (Goksøyr 2007:40).

I Stortingsmelding nr. 45 står det at hvert eneste menneske har rett til å være hovedpersonen i eget liv. Det betyr at alle, uansett individuelle ferdigheter og egenskaper, har rett til å ta egne selvstendige valg og bli møtt med respekt for sine ønsker og synspunkter (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 2012-2013). Skau(2011) skriver at kommunikasjon er helt sentralt i møtet mellom mennesker. Som fagpersoner kommuniserer vi først og fremst for å kunne bidra til å bedre andres livssituasjon, helse og livskvalitet. Å uttrykke oss på en måte som andre forstår, og å lytte til andre er derfor helt grunnleggende i vårt arbeid som fagpersoner. For å kunne ivareta selvbestemmelse er det særdeles viktig med tilrettelagt kommunikasjon. Innstrand(2009) påpeker dette, og utdyper videre at dersom personer med Downs syndrom skal kunne forstå den informasjonen vi formidler, så må den fremlegges på en måte som de kan forstå ut fra sine forutsetninger. Ifølge Mæhle(2011) så er det mange personer med Downs syndrom som har utydelig tale. Å gjøre seg forstått kan oppleves som slitsomt for mange, og de kan ha behov for tid til å formulere seg. Derfor ser jeg viktigheten av å lytte aktivt, og kommunisere på en måte de forstår, slik at de skal kunne forstå den informasjonen som blir gitt, og som vi er pliktig til å gi.

3.9 Pedagogiske hjelpemidler og brukervedvirkning

Haug og Paulsen(2007) skriver at brukervedvirkning innebærer at man skal ta hensyn til brukerens behov og ønsker, og dette er en selvfølge i profesjonelt arbeid. Retten til brukervedvirkning er også hjemlet i loven. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1(1999) fastslår brukerens rett til medvirkning ved gjennomføring av tjenester innen helse- og omsorg.

For å fremme selvstendighet, selvbestemmelse, matglede og sunt kosthold hos personer med Downs syndrom, så ser jeg det som positivt dersom de får muligheten til å være med på å handle inn og lage sin egen mat. I praksisperiodene erfarte jeg at personalet ofte laget middag for brukerne uten å involvere dem. Dette kunne i verste fall medført tap av ferdigheter de mestrer selv. Rødevand(2014) forteller at mange hjelpere har dårlig tid til å

planlegge måltider, og ikke tar med brukerne i matlagingsprosessen. Ifølge Tuntland(2011) så er forberedelser og tilrettelegging av aktiviteter helt vesentlig for at personer med Downs syndrom skal kunne mestre dem. FO(2015) fremhever at gjennom å tilrettelegge for medvirkning skal vernepleiere bidra til å styrke brukerens mulighet til et liv som står i samsvar med brukerens egne muligheter, verdier og begrensninger.

Det finnes ulike pedagogiske hjelpemidler for å involvere brukerne i matlagingen. Ikke alle er ferdigutviklet enda, men er på vei. Mæhle forteller at tilpasset pedagogisk opplæring er avgjørende for at personer med Downs syndrom skal oppleve god livskvalitet. Videre forteller han at de lærer mer av handlinger enn selve ordene, derfor er en god læringsmodell viktig. Selv om de ikke alltid forstår det som blir formidlet i læringsprosessene, så er det ansett som viktig at de har nærpersoner rundt seg som viser engasjement. Det handler om respekt (Mæhle 2011).

Lorentzen skriver at mange av opplæringstiltakene og prosjektene som omhandler at personer med Downs syndrom skal bli mer selvstendig og selvhjulpen, kan medføre at personene støter på begrensningene sine (Lorentzen 2006). I slike tilfeller ser jeg at det er helt fundamentalt at vernepleieren lærer bort på en måte som fremhever hva de mestrer og ikke det de ikke mestrer. Lorentzen påpeker at dersom opplæringen skal bli hensiktsmessig, må det skapes en prosess som han kaller meningsdannende prosess mellom bruker og fagperson. Dette innebærer at brukeren opplever å forstå, og at opplæringen virker utviklende og berikende. For å oppnå en meningsdannende prosess må fagpersonen se og forstå hver enkelt sine begrensninger og utfordringer, slik at det er mulig å hjelpe personen slik at begrensningene kommer minst mulig frem (Lorentzen 2006). For eksempel så kan en bruker føle at han mestrer å lage matretter av fisk, men har en utfordring i å lage kjøttretter, og synes det er så vanskelig at vedkommende møter på begrensningene sine. I slike tilfeller ser jeg at man heller kan fokusere på opplæring innen fiskeretter, der personen får oppleve mestring, i stedet for å prøve gjentatte ganger å lage matretter han ikke mestrer.

Det er et faktum at mange kokebøker er skrevet på et vanskelig språk, der det kreves både gode ferdigheter i lesing og matlaging for å kunne anvende disse. Rødevand(2014) skriver at mange med Downs syndrom leser dårlig, og har behov for tilrettelegging og hjelp for å lære seg noe nytt. Tuntland(2011) forklarer at tilnærmingen ovenfor personer med Downs

syndrom kjennetegnes av at visuelle hjelpemidler brukes for å fremme læring og mestring. Et eksempel på et slikt visuelt hjelpemiddel er kokeboken «Så godt!», skrevet av Innstrand og Linde(2013). Det er lave krav til ferdigheter i lesing og matlaging for å kunne følge oppskriftene i denne boken. Kokeboken inneholder bilder av maten og redskapene man trenger for å lage matrettene, samt at det kommer tydelig frem hvilke ingredienser som skal brukes. Den viser hvor lang tid hver rett tar å lage, samt hvor mange personer en oppskrift er beregnet for. Det som kanskje er noe av det beste med denne kokeboken, er at det er lite tekst og at den er mest preget av bilder, noe som gjør den lettere å følge for personer med Downs syndrom, da de har god visuell hukommelse, noe Mæhle(2011) poengterer.

Rødevand(2014) viser til et nylig avsluttet prosjekt kalt «kom og se - så godt», som ble støttet av ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering med Extramidler. Norsk Forbund for Utviklingshemmede(NFU) var prosjekteier, og prosjektleder var Karde AS. Hovedmålet for prosjektet var å bidra til et sunt kosthold hos personer med psykisk utviklingshemning. Her ble det laget instruksjonsfilmer basert på den letteste kokeboken fra Innstrand og Linde(2013). Filmene er også laget med tegnspråk, teksting, samt at man kan stoppe filmen etter hvert trinn i prosessen. Filmene er lagt ut på nettsidene Youtube.com og matfilmer.org. Det kan være nyttig å anvende kokeboken «Så godt!» alene, eller eventuelt sammen med videoene. Noe jeg syntes var interessant å lese om i dette prosjektet, var at prosjektsamarbeiderne hadde fått med seg fem personer med psykisk utviklingshemning til å lage mat til andre personer, med et mål om at deltakerne skulle få økt mestringsfølelse og bli mer selvstendig. Ved å lære seg å lage mat kunne de overføre denne kompetansen til andre (Rødevand 2014). Både personene som skulle lære å lage mat og de som skulle lære bort å lage mat ga uttrykk for at filmene var nyttige. Slike pedagogiske hjelpemidler vil derimot ikke falle i smak hos alle. En av de fem deltakerne som deltok viste seg å ikke ha så stor interesse for matlaging (Rødevand 2014). Kan økt kompetanse om kosthold og matlaging hos personer med Downs syndrom også bidra til økt krav til kompetanse og ferdigheter i matlaging hos personalet?

Karde AS holder på å utvikle et gratis e-læringskurs i blant annet kosthold. Dette er et kompetansehevende kurs for både personer med psykisk utviklingshemning og tjenesteytere, samt for foreldre, lærere, assistenter og andre støttepersoner.

Ernæringsfysiolog ved Frambu senter for sjeldne diagnoser, vil kvalitetssikre innholdet i e-

læringskursene. De vil bli tilgjengelige på Stiftelsen SOR sin e-læringsportal i nærmeste fremtid (Karde AS 2014-2015). Jeg anser disse e-læringskursene som en gave med stor nytteverdi, der både brukerne og alle som har en eller annen forbindelse med målgruppen kan få økt kompetanse i kosthold og matlaging, noe som kan komme alle til nytte.

Kokeboken «Så godt!» fra Innstrand og Linde(2013) kan også brukes i *inviterende* praksis. Jeg viser til eksempelet om Kristina og Anna i punkt 3.6. Dersom Anna og Kristina hadde vært hjemme denne dagen, altså ikke dratt til byen, og Kristina spør Anna om de kan spise lunsj. Da kan Anna foreslå at de kan se i den nye kokeboken, og at Kristina kan finne en rett fra den som de kan lage sammen. Boken kan da bli brukt som et hjelpemiddel som kan fremme ferdigheter i matlaging, samtidig som man ivaretar brukervedvirkning og selvbestemmelse. Boken er lagt opp på en måte som fremmer brukervedvirkning, ved at den inneholder enkle retter forklart på en lettforståelig måte. Det er også rimelig å si at Kristina kan oppleve større valgfrihet, ved at hun enklere ser hva hun har å velge mellom. Derimot kan det virke begrensende på hennes valgfrihet dersom hun har lyst på noe som ikke blir fremstilt i boken. For at valgene skal bli reelle for Kristina, så er det viktig at hun selv får velge fritt fra boken, uten at vernepleieren forsøker å lede eller avgjøre valget for Kristina. Et slikt fritt valg er avgjørende for at hun ikke skal føle seg manipulert og kontrollert.

Gjennom å involvere Kristina i matlagingen, kan dette føre til en betydelig mestringsfølelse for henne, noe som igjen kan føre til at hun ønsker å lage flere matretter. Kanskje det viser seg at Kristina liker å lage mat? Adolfsson m.fl.(2008) hevder at det er behov for mer kunnskap om mat generelt, og spesielt om hvordan brukerne kan benytte mer frukt og grønnsaker i matlagingen, samt motivere dem til å spise mer frukt og grønt også til mellommåltider. Å anvende denne kokeboken kan altså føre til at Kristina begynner å spise mer frukt og grønt, slik som Adolfsson m.fl.(2008) anbefaler. Selvbestemmelsesretten blir også ivarettatt, siden hun får velge selv hva hun skal lage og spise. En annen faktor er at Kristina kan, gjennom positive tilbakemeldinger fra de rundt seg, oppleve økt selvtillit og motivasjon til å fortsette matlagingen. Dersom hun tar med seg matpakke på dagsenteret som hun pynter med grønnsaker som agurk og paprika, og kanskje også har et eple eller en appelsin ved siden av, kan dette føre til at også andre ved dagsentret ønsker å gjøre det samme. Ifølge Helsedirektoratet (2012) så er måltider ved

dagsentrene sett på som betydningsfulle for ernæring for den enkelte, i tillegg til at de blir sett på som verdifulle grunnet det sosiale samværet.

3.10 Kjeding

Tuntland(2011) skriver at avhengighet av andres hjelp, vil bekrefte ens identitet som hjelpetrengende person. Mens mestring av aktiviteter bekrefter ens identitet som en selvstendig person som klarer seg selv.

Det er mulig at Kristina synes matlaging er vanskelig, men har et ønske om å mestre det å lage sin egen mat. Det kan også hende at hun synes det er vanskelig å bare ha kokeboken å forholde seg til. Tuntland(2011) forklarer at personer med kognitive begrensninger trenger mer tid på å lære seg noe nytt, og at det kan være en utfordring å opprettholde konsentrasjonen over tid. Det kan være lettere for personer med Downs syndrom å lære seg små trinn av en ferdighet før de lærer seg oppgaven som en helhet.

Man kan bruke *kjeding* som et hjelpemiddel i tillegg til kokeboken. Horne og Øyen(2007) forklarer at kjeding blir anvendt hos de fleste når de skal lære seg å lage mat etter en oppskrift. Ifølge Horne og Øyen(2007) er etablering av kjeder bestående av flere korte kjeder som man setter sammen. Hvert ledd skal bli opprettholdt av samme sluttforsterker, samt inneholde en betinget forsterker for leddet, og diskriminativ stimulus for neste ledd. Jeg tenker at forlengs kjeding kan være en fin metode som kan benyttes i matlagingsprosessen til Kristina. Horne og Øyen(2011) skriver at forlengs kjeding innebærer at man starter med det første leddet og jobber seg videre nedover kjeden. Hjelperen gir bistand som er nødvendig for at vedkommende skal komme seg gjennom hvert ledd. Hvert ledd må fullføres og danner grunnlaget for å starte på det påfølgende leddet i kjeden.

Det som kan være bra med å anvende kjeding, er at personalet kan i utgangspunktet ha ulike tilnærminger til matlagingsprosessen. Slik jeg nevner i punkt 3.7 om indre og ytre motivasjon, så kan brukerens motivasjon svekkes dersom de har for mange hjelpere å forholde seg til, og/eller dersom hjelperne anvender ulike tilnærminger. Ifølge Owren(2011b) så skaper det forutsigbarhet og trygghet for brukerne når hjelperne har

samme plan å forholde seg til. Gundersen og Olsen påpeker at ved strukturerte planer så øker muligheten for at personalet handler likt, både når det gjelder hva som skal gjøres, hvordan det skal utføres, og hva som trengs å trenes på (Owren 2011b). Det at personalet anvender kjeding i tillegg til kokeboken kan føre til større forutsigbarhet og trygghet for Kristina, fordi kjedingen gir en økt sannsynlighet for at samme tilnærming blir brukt hver gang hun skal lage mat. Forlengs kjeding kan konkretisere matlagingsprosessen, samt tydeliggjøre hvordan Anna skal bistå uten å gi for mye eller for lite hjelp. Målet er at Kristina skal oppleve størst mulig grad av mestring og selvstendighet. Ros som positiv forsterkning kan bli brukt i hvert ledd, noe som kan øke Kristinas motivasjon. Tuntland(2011) forklarer at ros er et virkemiddel som hjelper på motivasjonen.

4.0 Oppsummering

Å ha et sunt og variert kosthold er en avgjørende faktor for at vi skal ha en god helse. Likevel så kan det å velge sunne matvarer fremfor usunne, være et vanskelig valg for mange. Hver dag må vi ta nye valg, som kan være med på å prege helsen vår i den ene eller den andre retningen.

Livet er ikke svart eller hvitt, og det behøver heller ikke vårt kosthold å være. Det viktigste er at man har et kosthold som man trives med over tid, og som man føler gir matglede, god helse og livskvalitet. Jeg har forsøkt å svare på problemstillingen i oppgaven ved å drøfte ulike faglige tilnærminger vernepleiere kan anvende i møte med personer med Downs syndrom, for å fremme god helse gjennom et sunt kosthold. Jeg ser at dette ikke alltid er like enkelt, men det viktigste er at vi finner en tilnærming som passer hver enkelt person, der ønskene, interessene og behovene til vedkommende blir ivaretatt.

Etter å ha jobbet med denne oppgaven ser jeg nå enda tydeligere behovet for å rette fokus mot kosthold og overvekt i undervisningen på vernepleierstudiet, samt øke kompetansen rundt dette temaet hos vernepleiere. Dersom vi gir personene vi jobber med sunne og gode kostholds alternativer så kan vi være med på å fremme selvbestemmelse, god helse og livskvalitet hos personene vi jobber med.

5.0 Litteraturliste

Adolfsson, Paivi, Ylva Mattson Sydner, Christina Fjellstrøm, Barbro Lewin og Agneta Andersson (2008). *Observed dietary intake in adults with intellectual disability living in the community*. Sweden: Food and nutrition research (Internett)

URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2596732/> (Lest 09.05.15)

Askheim, Ole Petter (2008). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bakken, Trine Lise (2015). *Utviklingshemning og hverdagsvansker. Faktorer som påvirker psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2012-2013). *Frihet og likeverd om mennesker med utviklingshemming*. St.meld. nr. 45. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-45-2012--2013/id731249/?docId=STM201220130045000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=3> (Lest 09.05.15)

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, Olav (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ellingsen, Karl Elling(2007). Om selvet, frihet og kontroll. I: Ellingsen, Karl Elling(red.) *Selvbestemmelse. Egne og andres valg og verdier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen(FO) (2008). *Om vernepleieryrket*. Oslo: Fellesorganisasjonen. https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/_Om%20vernepleieryrket_A5.pdf (Lest 28.04.15)

Fellesorganisasjonen FO(2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere. Stå opp for trygghet.* Oslo:

Fellesorganisasjonen.

https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument_2015.pdf (Lest 26.05.15)

Frost, Tore(2007). Hva betyr det å bestemme selv? I: Ellingsen, Karl Elling(red.) *Selvbestemmelse. Egne og andres valg og verdier.* Oslo: Universitetsforlaget.

Goksøyr, Marte Wexelsen(2007). Det er mitt liv. I:Ellingsen, Karl Elling(red.) *Selvbestemmelse. Egne og andres valg og verdier.* Oslo: Universitetsforlaget.

Habiliteringstjenesten i Bergen(2012-2014). *Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt. Prosjektrapport.* Helse Bergen: Habiliteringstjenesten for voksne.<http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/habiliteringstenesta/Documents/Prosjektrapport%20Ny%20start.pdf> (Lest 08.05.15)

Haug, Erna og Kirsti Meum Paulsen (2007). *Mellom fag, forvaltning og politikk i helse- og sosialtjenesten. En problembasert introduksjon for studenten.* Otta: Universitetsforlaget.

Helgesen, Leif A (2011). *Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi.* Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Helsedirektoratet (2012). *Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.* IS-1972. Oslo: Helsedirektoratet.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf> (Lest 14.05.15)

Helsedirektoratet (2015). *Kostråd fra helsedirektoratet.* Oslo: Helsedirektoratet
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ernering/kostrad-fra-helsedirektoratet>
(Lest 05.05.15)

Helsedirektoratet(2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*. IS-1735. Oslo:

Helsedirektoratet.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/390/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf> (Lest 27.04.15).

Holden, Børge (2009). *Utfordrende atferd og utviklingshemning. Atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Horne, Hans og Bjarne Øyen(2007). *Måltrettet miljøarbeid. Anvendt atferdsanalyse. Del 2: Opplæringsteknikker*. Lillestrøm: G R D Forlag.

Innstrand, Anne Gro (2009). Livskvalitet. I: Eknes, Jarle og Jon A. Løkke (2009) (Red.). *Utviklingshemning og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen*. Kapittel 2. Oslo: Universitetsforlaget.

Innstrand, Anne Gro og Sølvi Linde (2013). *Så godt! Lettlest kokebok*. Oslo: Universitetsforlaget.

Karde AS. (2014-2015). *Mat og trivsel*. ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering.
http://www.karde.no/?page_id=1162 (Lest 12.05.15)

Larsen, Frode Kibsgaard og Elisabeth Wigaard(red.) (2009). *Lærebok. Utviklingshemning og aldring*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Lorentzen, Per (2006). *Slik som man ser noen. Faglighet og etikk i arbeid med utviklingshemmede*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lov om helsepersonell m.v.(1999). *Helsepersonelloven*.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_8#KAPITTEL_8 (Lest 09.05.15)

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999). *Pasient- og brukerrettighetsloven*
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3 (Lest 10.05.15)

Lunde, Edith Victoria (2009). Perspektiver på helse og habilitering. I: Eknes, Jarle og Jon A. Løkke (2009) (Red.). *Utviklingshemning og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen*. Kapittel 1. Oslo: Universitetsforlaget.

Mathiassen, Hanne(2007). En åndssterk kvinne. I: Ellingsen, Karl Elling(red.) *Selvbestemmelse. Egne og andres valg og verdier*. Oslo: Universitetsforlaget.

McGuire, Dennis og Brian Chicoine(2006). *Mental wellness in adults with Down syndrome. A guide to emotional and behavioral strengths and challenges*. Bethesda, USA: Woodbine House.

Mæhle, Ivar(2011). Down Syndrom. I: Mæhle, Ivar, Jarle Eknes og Gunnar Houge(red.) *Utviklingshemning. Årsaker og konsekvenser*. Kapittel 5. Oslo: Universitetsforlaget.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) (2007).
Helseoppfølging av personer med utviklingshemming. Trondheim: Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming
<http://naku.no/sites/default/files/Helserapport%5b1%5d.pdf> (Lest 03.05.15)

Nordstrøm, Marianne, Benedicte Paus. Lene F. Andersen og Svein Olav Kolset(2015).
Dietary aspects related to health and obesity in Williams syndrome, Down syndrome, and PraderWilli syndrome. Oslo: Frambu senter for sjeldne diagnoser
<http://www.foodandnutritionresearch.net/index.php/fnr/article/view/25487/38318> (Lest 08.05.15)

Owren, Thomas (2011a). Sosial helse og funksjon. I: Owren, Thomas og Sølvi Linde(red). *Vernepleiefaglig teori og praksis. –sosialfaglige perspektiver*. Kapittel 6. Oslo: Universitetsforlaget.

Owren, Thomas(2011b). Et blikk tilbake. I: Owren, Thomas og Sølvi Linde(red). *Vernepleiefaglig teori og praksis. –sosialfaglige perspektiver*. Kapittel 5. Oslo: Universitetsforlaget.

Owren, Thomas og Sølvi Linde (2011). Inviterende og insisterende praksis. I: Owren, Thomas og Sølvi Linde(red). *Vernepleiefaglig teori og praksis. –sosialfaglige perspektiver*. Kapittel 9. Oslo: Universitetsforlaget.

Rødevand, Gro Marit (2014). *Kom og se- så godt!* I: Stiftelsen SOR. Oslo: Stiftelsen SOR <http://www.samordningsradet.no/nyheter2.cfm?pArticleId=37500&pArticleCollectionId=4205> (Lest 12.05.15)

Sandvin, Johans Tveit.(2014). Utviklingshemmet av hvem? I: Ellingsen, Karl Elling(red.). *Utviklingshemming og deltakelse*. Kapittel 5. Oslo: Universitetsforlaget.

Skau, Greta Marie (2011). *Gode fagfolk vokser-personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.

Skauge, Nina(red.)(2007a). *Downs syndrom og helse. Medisinske spørsmål, gode råd og sjekklister*. Bergen: Skauge forlag.

Skauge, Nina(red.)(2007b). *Downs syndrom, voksenliv og aldring. Medisinske spørsmål og gode råd om helse og trivsel*. Bergen: Skauge forlag.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell(SAK) (2012). *Vernepleier*. Oslo: Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. <http://www.sak.no/yrkesgruppe/Sider/vernepleier.aspx> (Lest 01.05.15)

Stiftelsen SOR(2015). Hva er Stiftelsen SOR. Oslo: Stiftelsen SOR. <http://www.samordningsradet.no/omsor2.cfm> (Lest 24.05.15)

Torske, Harald (2009) Oppfølging fra fastlegen. I: Eknes, Jarle og Jon A. Løkke (Red). *Utviklingshemning og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen*. Kapittel 10. Oslo: Universitetsforlaget.

Tuntland, Hanne (2011). *En innføring i ADL. Teori og intervensjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Verdens helseorganisasjon(WHO) (2015a). *Obesity and overweight*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (Lest 01.05.15)

Verdens helseorganisasjon(WHO) (2015b). *Health*
<http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/> (Lest 01.05.15).

Øen, Gudbjørg(2012). Fedmeproblematikkens utfordringer. I: Øen, Gudbjørg (red.).
Overvekt hos barn og unge. –Forstå, forebygge, behandle og fremme helse. Kapittel 1.
Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Aadland, Einar.(2011). *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.